

FR_GERICHTE 608 2014 72 vom 21. September 2015

FR Kantonsgericht, 2015-09-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_72

FR: FR_GERICHTE 608 2014 72 du 21 septembre 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2014 72 del 21 settembre 2015

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

E. 2

a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas

forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; arrêt TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015 consid. 3.7.1; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également, sous la nouvelle jurisprudence, la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (arrêt TF 9C_492/2014 précité consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (arrêt TF 9C_942/2014 précité consid. 3.4.2.1). c) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b, 107 V 219 consid. 2, 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un

tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4 p. 114 cité par la juridiction cantonale). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210

consid. 4.4.1.4). Quand une expertise ne répond pas suffisamment aux questions auxquelles il faut répondre, selon la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a laissé ouverte la possibilité d'un renvoi à l'administration afin que soient posées les questions complémentaires à l'expert (arrêt TF 9C_942/2014 précité consid. 10.1.3).

E. 3

Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est péjoré au point de passer d'un quart de rente à une rente entière, comme il le soutient. Le refus d'augmentation litigieux est intervenu à l'issue d'une procédure de révision. Il s'agit dès lors de comparer ici les faits qui prévalaient au moment de l'octroi d'un quart de rente par décision du 16 février 2010, confirmé par la Cour de céans le 29 mai 2012 (cause 605 2010 82), avec ceux prévalant au moment de la décision attaquée. En d'autres termes, il s'agit de vérifier ainsi si l'état de santé du recourant s'est ou non modifié entre ces deux dates au point de devoir entraîner une augmentation de sa perte de gain. a) Cela étant, il n'est pas sans intérêt de rappeler pour quels motifs un quart de rente avait été initialement octroyé. Dans son arrêt du 29 mai 2012 (cause 605 2010 82), la Cour de céans avait souligné que, du point de vue diagnostic, les différents praticiens posaient alors des diagnostics semblables, soit "un status après cures de hernies discales L4-L5 droites" et "des douleurs neuropathiques du membre inférieur droit". Une capacité de travail à hauteur de 70% dans une activité adaptée était reconnue. Cette activité devait éviter le port de charges lourdes (max 5-8kg), les travaux pénibles de manutention, les mouvements de contraintes répétitifs du rachis, la position statique prolongée, la position à genoux ou accroupie, les longs déplacements en terrain irrégulier, le travail en hauteur ou sur une échelle, l'utilisation d'engins vibrants ainsi que l'exposition au froid.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 La Cour suivait en cela les conclusions des médecins du SMR, le Dr E._____, spécialiste FMH en médecine générale et en médecine du travail, et le Dr F._____, spécialiste FMH en médecine interne, dans leurs rapports respectifs du 11 juillet 2008 et du 23 décembre 2009. Le Dr G._____, spécialiste FMH en néphrologie et en médecine interne général, médecin-conseil du C._____, s'était rallié à ces conclusions dans son rapport du 15 décembre 2008. Pour différents motifs, la Cour n'avait, par contre, pas été convaincue, par les avis des médecins de l'assuré, soit le Dr H._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, et la Dresse I._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré et le Dr J._____, chiropraticien. A noter qu'à l'époque, l'assuré n'était pas suivi par un psychiatre. b) Reste à déterminer si, lorsque la décision du 13 mars 2014 a été rendue, l'état de santé du recourant avait évolué de manière à diminuer de manière notable sa capacité de travail. aa) Sur le plan somatique, lorsque la décision ici litigieuse est rendue le 13 mars 2014, le recourant se plaint surtout d'une péjoration de ses troubles lombaires, mais aussi d'une diminution de sa capacité visuelle et de l'apparition de troubles intestinaux. Selon lui, cette aggravation justifie désormais l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité. La péjoration des lombalgies est d'abord attestée par le Dr K._____, généraliste, qui a succédé à la Dresse I._____ en tant que médecin traitant de l'assuré. Dans ses rapports des 29 juin et 19 août 2013, il mentionne une "récidive de hernie discale L4L5" et des problématiques semblables aux cervicales et lombaires (dossier OAI, pièces 398 et 406). En substance, le Dr H._____, dans un rapport de consultation du 27 août 2013 (dossier OAI, pièce 408), et le Dr F._____, dans son rapport du 12 mars 2014 (dossier OAI, pièce 434), admettent les

conclusions du médecin traitant. Cependant, si la présence de cette récurrence de hernie discale, médicalement attestée depuis l'IRM du 4 juin 2013 (dossier OAI, pièces 399), n'est pas contestée en l'espèce, il demeure des divergences s'agissant de son caractère durable ou non. Dans son rapport du 12 mars 2014, le Dr F. _____ estime que la récurrence de hernie discale n'a été qu'une aggravation temporaire de l'état de santé. Selon le médecin, il n'y a pas d'aggravation durable sur le plan de la capacité de travail, les mêmes limitations que celles figurant dans les rapports SMR précédents restant d'actualité (dossier OAI, pièce 434). Ces conclusions sont implicitement rejointes par le Dr H. _____. Dans son rapport de consultation du 27 août 2013, le médecin discute en effet surtout principalement de l'opportunité d'une intervention sans se prononcer de manière précise sur la capacité de travail (dossier OAI, pièce 408). Or, la consultation n'a pas été suivie par une autre, le médecin n'ayant pas revu l'assuré depuis cette date (rapport du 17 février 2014, dossier OAI, pièce 429). Cette absence de suivi médical confirme les conclusions du médecin-SMR s'agissant du caractère temporaire de la récurrence. Les conclusions du SMR ne sont pas mises en doute par celles du Dr K. _____ lorsqu'il affirme que son patient ne peut exercer une activité adaptée qu'à hauteur de 4 ou 5 heures par jour (rapports du 19 août 2013 et du 10 mars 2014, dossier OAI, pièces 406 et 431). En effet, force est de constater que le médecin a un discours contradictoire en la matière. Ainsi, avant la survenance alléguée de la récurrence de hernie discale, il fixait la capacité de travail de son patient à 0% (rapport du 31 décembre 2012, dossier OAI, pièce 372). Après la récurrence alléguée, il a estimé son patient capable de travailler aux alentours de 4 ou 5 heures par jour sans perte de rendement (cf. rapports précités). Pour ces motifs et outre le fait que ces rapports médicaux émanent du médecin traitant du recourant, ils n'emportent pas la conviction de la Cour.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 Egalement sur le plan somatique, le recourant a fait valoir que la diminution de sa capacité visuelle et l'apparition de troubles intestinaux influençaient sa capacité de travail. Toutefois, la première a été expressément jugée non invalidante par les médecins ayant traité l'assuré au service d'ophtalmologie de L. _____ (rapport du 27 octobre 2011, dossier OAI, pièce 325). Pour leur part, les deuxièmes, seulement suspectés en raison de son historique médical familial, n'ont pas été attestés par les médecins et ne sont plus allégués depuis juillet 2013 (dossier OAI, pièces 392 et 402). Partant, c'est également à juste titre qu'il n'a pas été tenu compte d'éventuelles limitations liées aux troubles ophtalmiques et intestinaux allégués. Au vu de ce qui précède, aucun élément au dossier ne laisse apparaître une aggravation notable et durable de l'état de santé depuis le prononcé de la décision initiale. Par conséquent, il sied de retenir que son état de santé ne s'est pas modifié du point de vue somatique, du moins pas notablement et durablement, dans l'intervalle. bb) Sur le plan psychique, l'assuré a été suivi depuis juin 2010 par le Dr M. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans ses rapports, celui-ci estimait que l'incapacité de travail de son patient était de 80% (rapport du 10 novembre 2010) voire même 100% (rapport du 29 août 2011) en raison d'un "trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique" (F33.11) et d'une "modification durable de la personnalité" (F62.8). Selon le médecin, "la vulnérabilité somatique [de son patient] a eu raison de son intégrité psychique. [Celui-ci] s'est alors installé dans une bulle dépressive qui a, à son tour, aggravé l'atteinte physique" (dossier OAI, pièces 295 et 314). Si, en juillet 2012, le psychiatre affirmait que le tableau dépressif persistait (dossier OAI, pièce 348), il ne suit toutefois plus l'assuré depuis le mois d'avril 2013 (rapport du 20 janvier 2014, dossier OAI, pièce 419). L'assuré n'étant plus suivi par un spécialiste en psychiatrie au moment de la décision ici litigieuse, l'OAI n'avait pas à tenir compte d'éventuelles

limitations supplémentaires causées par des troubles psychiques invalidants à ce moment-là. Il ne l'allègue du reste pas dans ses écritures. Au demeurant, les rapports du Dr M. _____ ne permettent pas de constater que l'assuré a souffert d'une atteinte invalidante sur le plan psychique entre 2010 et 2014. En fixant une capacité de travail fondée non seulement sur des troubles psychiques mais également des troubles somatiques, le médecin ne démontre pas que les diagnostics qu'il énonce auraient eu une influence sur la capacité de travail de son patient. C'est ce que relève de manière convaincante le Dr F. _____ dans son rapport du 20 novembre 2012 (dossier OAI, pièce 365). Partant, aucun élément au dossier ne laisse apparaître de surcroît une aggravation de l'état de santé psychique de l'assuré. c) Au vu de ce qui précède, rien ne permet de conclure que l'état de santé de l'assuré s'est notablement péjoré de manière durable depuis la précédente décision du 16 février 2010, confirmée sur recours le 29 mai 2012. Pour les mêmes raisons, il est renoncé, par appréciation anticipée des preuves, à diligenter des mesures d'instruction médicale complémentaires.

E. 4

Pour tous ces motifs, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. L'assuré, qui succombe, doit supporter les frais de justice, ici fixés à CHF 800.-. Ils ne sont toutefois pas perçus dès lors que l'assistance judiciaire gratuite totale lui a été accordée.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 Conformément aux art. 142 et 146 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), le mandataire du recourant peut prétendre ici à une indemnité en sa qualité de défenseur d'office. Le 26 août 2015, il a présenté sa liste de frais. Celle-ci se monte à un total de CHF 2'706.30, soit CHF 2'418.85 (631 minutes à CHF 230.-/heure) à titre d'honoraires, CHF 44.40 à titre de photocopies (111 pièces à CHF 0.40), CHF 42.60 à titre de débours et CHF 200.45 au titre de la TVA (8%). Cependant, au regard de l'art. 12 al. 1bis du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12, version en vigueur jusqu'au 30 juin 2015), en cas de fixation sur la base d'une liste de frais détaillée, l'indemnité horaire est de 180 francs. Dès lors, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle le mandataire peut prétendre à CHF 1'980.- – soit CHF 1'893.- au titre des honoraires (631 minutes x 180.-/heure), CHF 44.40 au titre des photocopies (111 pièces à CHF 0.40) et CHF 42.60 au titre des débours – plus CHF 158.40 au titre de la TVA, soit un montant total de CHF 2'138.40. Ce montant est intégralement pris en charge par l'Etat de Fribourg. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils ne sont toutefois pas perçus dès lors que l'assistance judiciaire gratuite totale lui a été accordée. III. L'indemnité allouée à Me Charles Guerry, avocat à Fribourg, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à CHF 1'980, plus CHF 158.40 de TVA. Elle est intégralement prise en charge par l'Etat de Fribourg. IV.

Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 21 septembre 2015/pte Président Greffier

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.